МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СССР

ГЛАВНОЕ УПРАВЛЕНИЕ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

ПРОФИЛАКТИКА ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫХ ДЕЙСТВИЙ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ В ВОЗРАСТЕ СТАРШЕ 50 ЛЕТ

(Методические рекомендации)

Москва — 1986 г.

Методические рекомендации составлены во Всесоюзном ордена Трудового Красного Знамени научно-исследовательском институте общей и судебной психиатрии им. В. П. Сербского руководителем клинического отделения доктором медицинских наук, профессором Ф. В. Кондратьевым, старшим научным сотрудником кандидатом медицинских наук Ю. Д. Криворучко, младшим научным сотрудником И. Н. Барковым.

Местным органам здравоохранения разрешается размножить данные методические рекомендации в необходимом количестве.

«УТВЕРЖДАЮ»
Начальник Главного Управления
лечебно-профилактической помощи
А. М. Москвичев
15 января 1986 г.
№ 10-112/ПС-86-2/СП

ПРОФИЛАКТИКА ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫХ ДЕЙСТВИЙ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ В ВОЗРАСТЕ СТАРШЕ 50 ЛЕТ

Введение

Характеризующий наше время демографический сдвиг в сторону увеличения лиц старших возрастных групп сочетается с ростом как относительного, так и абсолютного числа психически больных данной возрастной группы. Это в свою очередь коррелирует с увеличением количества общественно опасных действий (ООД), совершаемых лицами пожилого и старческого возраста, страдающих психическими заболеваниями. Как показывает анализ судебно-психиатрической практики, за последнее десятилетие на фоне общего роста числа лиц, направляемых на судебно-психиатрическую экспертизу в связи с уголовными делами, число лиц в возрасте старше 50 лет, увеличилось более чем вдвое. Среди проходящих судебно-психиатрическую экспертизу лиц отмечается явная тенденция к неуклонному преобладанию, по мере перехода ко все более старшим возрастным группам, невменяемых над вменяемыми, т. е. рост идет не за счет лиц, имеющих только те или иные признаки психических отклонений, а за счет душевнобольных как в медицинском (клиническом) смысле, так и в юридическом.

Тяжесть общественно опасных действий, совершаемых этими больными, расходится к двум противоположным полюсам: к особо опасным (преступления против жизни и здоровья) и к менее тяжким (мелкие кражи, бродяжничество, нарушение паспортного режима). При этом по сравнению с аналогичными общественно опасными действиями больных всех других возрастных групп данными больными первые (особо опасные деяния) совершаются почти в 2 раза чаще, а вторые в 2 раза реже. Доля других общественно опасных действий у этих психически больных незначительна.

Отмеченные положения, и в первую очередь, явное преобладание особо опасных деяний у больных данного возрастного состава, подчеркивают актуальность повышения эффектив-

ности профилактики ООД у этого, имеющего тенденцию к росту, контингента психически больных.

Нозологическая и синдромальная структура психической патологии, встречающейся у больных пожилого и старческого возраста, совершивших общественно опасные действия, довольно полиморфна. С одной стороны, это обусловливается действием (или последствием) различных эндогенных, экзогенных и эндогенно-экзогенных факторов, имевших место на протяжении многих десятилетий онтогенеза, с другой стороны — патогенным и патопластическим влиянием на формирование психопатологической картины тех или иных соматогений, психогений и неблагоприятных микросоциальных обстоятельств, которые актуальны в текущий момент.

Вне зависимости от нозологической принадлежности психопатологические проявления у больных в возрасте старше 50 лет могут в целом проявляться широким спектром продуктивных и дефицитарных симптомокомплексов (от бредовых, галлюцинаторно-бредовых, а также остро возникающих психотических состояний, протекающих с расстройствами сознания, до стабилизировавшихся так называемых исходных или конечных состояний и различных форм слабоумия). Вместе с тем собственно возрастные изменения могут в известной степени нивелировать нозологическую специфику заболеваний, формируя состояния нозологически труднодифференцируемые и приводя к определенной психопатологической эквифинальности.

Знание клинических особенностей течения заболевания у психически больных в пожилом и в более поздних возрастах, учет соотношения психопатологических факторов риска ООД и внешних условий, способствующих их реализации, особенностей мотивации и характера социально опасного поведения, правильность выбора мер медицинского характера, а также адекватность социальной и медицинской помощи должны способствовать профилактике общественно опасных действий психически больных этого возрастного состава.

В предлагаемых методических рекомендациях кратко изложены клинические особенности наиболее часто встречающихся в судебно-психиатрической практике психически больных в возрасте старше 50 лет, приведена структура характеристик правонарушений и причинные факторы, участвующие в генезе общественно опасного поведения, предложены дифференцированные меры медицинского характера и пути профилактики общественно опасных действий (в том числе и повторных).

Нозологические и клинико-синдромальные характеристики психически больных позднего возраста, совершивших общественно опасные действия

Основными нозологическими формами психических заболеваний, которые встречаются у совершивших общественно опасные деяния и признанных невменяемыми больных в возрасте 50 лет и старше являются шизофрения, органические заболевания головного мозга сложного генеза (различные сочетания сосудистого, травматического, интоксикационного, нейроинфекционного и других патогенетических факторов), собственно сосудистые заболевания (церебральный атеросклероз, гипертоническая болезнь, нарушения мозгового кровообращения) и эпилепсия. Алкоголизм является частым осложняющим обстоятельством или сопутствующим заболеванием у больных каждой из отмеченных нозологических форм, однако алкогольные психозы и слабоумие в нозологически «чистой» форме имеют гораздо меньшее судебно-психиатрическое значение. Еще реже (единичные случаи) встречаются пресенильные и сенильные органические психотические состояния (пресенильная деменция, варианты сенильной деменции депрессивного и параноидного типа). Больные с деменцией при болезнях Альцгеймера и Пика в судебно-психиатрической практике встречаются исключительно редко. Следует отметить, что практически у всех больных имеют место те или иные сердечно-сосудистые, желудочно-кишечные или иные заболевания (в том числе и туберкулез легких), что создает не только неблагоприятную соматическую почву при развитии психических расстройств, но и обусловливает дополнительные трудности социальной адаптации.

Повозрастная (начиная с 50 лет) встречаемость общественно опасных действий у больных шизофренией постепенно снижается с увеличением возраста, и наоборот, у психически больных с церебрально-органическими заболеваниями имеет место относительный рост от 50 к 65 годам и снижение общественно опасных действий после 65 лет.

Первичная диагностика при этих заболеваниях имеет свои отличительные особенности. Незначительность первичного диагностирования шизофрении объясняется предпочтительностью начала заболевания в более молодом возрасте, выявлением заболевших до совершения общественно опасного деяния. У подавляющего большинства больных шизофренией в возрасте за 50 лет уже до совершения ООД диагноз этого психического заболевания был установлен. Первичная диагностика шизофрении, редко встречающаяся в возрасте 50—

60 лет, в более поздние сроки в судебно-психиатрической практике не наблюдается. Основную часть больных шизофренией, совершивших общественно опасные действия, составляли больные со стабилизировавшейся картиной заболевания, которые длительное время удерживались в экстрамуральных условиях.

В противоположность этому имеющееся возрастание первичной диагностики у психически больных с церебрально-органическим поражением головного мозга объясняется тем, что развитие церебрально-деструктивных процессов, обусловленных экзогенными факторами, нарастанием «стажа» алкогольной интоксикации, сосудистыми поражениями и усугубленных декомпенсирующим влиянием соматической патологии и собственно возрастной перестройкой жизнедеятельности организма, способствует появлению первых психических расстройств у больных именно после 50 лет. При этом сам факт совершения деликта у большинства больных является тем обстоятельством, в результате которого они впервые попадают в поле зрения психиатров. В противоположность этому больные, которые к моменту совершения общественно опасных действий уже обнаруживали выраженные психические изменения и в связи с этим находились под наблюдением психиатров, не только встречались редко, но и по мере увеличения длительности заболевания совершали ООД все реже. Это можно объяснить самим фактом выявления заболевания и оказания больным необходимой помощи, что снижало их опасность. Этим же обстоятельством постепенного увеличения доли выявленных больных и их курирования можно объяснить снижение числа первичной диагностики в связи с совершением общественно опасного действия в возрасте позже 65 лет. Снижение в популяции процента больных этого возрастного контингента объясняется также и их летальностью.

Шизофренический процесс у больных, проходящих судебно-психиатрическое освидетельствование в связи с ООД, совершенными в возрасте за 50 лет, начинается, как отмечалось, в подавляющем числе случаев в более молодые годы и характеризуется в основном непрерывной и приступообразно-прогредиентной формами течения. Заболевание протекает по общеизвестным закономерностям (стадиям развития процесса), характерным для течения шизофрении.

В клинической картине у больных параноидной непрерывнотекущей шизофренией в течении многих лет с различной интенсивностью преобладает галлюцинаторно-параноидная симптоматика с бредовыми идеями преследования, воздейст-

вия, отравления, галлюцинациями, синдромом психического автоматизма и т. д. С возрастом происходит некоторая стабилизация и редукция продуктивной симптоматики (бредовая систематизация разрыхляется, отмечается обеднение доказательств, рудиментарность автоматизмов), в то же время наступает видоизменение психопатологической фабулы и появление возрастной тематики бредовых расстройств (материального ущерба, мелкого вредительства, ревности и т. д.). Важно отметить, что у большинства больных шизофренией в старческом возрасте отмечается своеобразное уменьшение дистанции между ними и «преследователями», «притеснителями», «вредителями». «Враги» в бредовой фабуле все чаще конкретизируются и ими становятся лица из непосредственного микросоциального окружения (родственники, соседи), что повышает опасность совершения больными агрессивных действий по бредовым мотивам.

В случаях стабилизации процесса психическое состояние одних больных при совершении ООД характеризуется, в основном, наличием не ярко выраженной продуктивной симптоматики, когда наряду с паралогичностью мышления, парадоксальностью суждений и эмоциональных реакций, имеют место бредовые идеи и галлюцинаторные переживания малого размаха (с темами отношения, ущерба, ревности, отравления). У других больных в психическом состоянии преобладает дефицитарная симптоматика: бредовые идеи фрагментарны, апатико-абулические расстройства достигают своей синдромальной завершенности, отмечаются импульсивность действий, больные в старости практически полностью теряют способность адаптироваться к условиям среды, не могут обслуживать себя, по манере поведения иногда напоминают больных с сенильным слабоумием.

При приступообразно-прогредиентной шизофрении в одних случаях противоправному деянию предшествует спонтанное обострение с развитием аффективно-бредового состояния, с тревогой за свою судьбу, с бредовой фабулой персекуторного характера, в которой в качестве «врагов», «мучителей», «преследователей» являются лица из микросоциального окружения. Дефицитарные расстройства в состояниях ремиссии выражены менее глубоко и проявляются некоторой монотонностью с недостаточностью побуждений, ригидностью, педантизмом, иногда эмоциональной пародоксальностью, готовностью к паранойяльным реакциям.

Особо опасные действия, совершенные по явно бредовым мотивам больными непрерывной и приступообразно-прогредиентной шизофренией в период обострения, во всех случаях

представляли агрессию в отношении тех лиц из микросоциального окружения, которые были вовлечены в фабулу бреда. Однако необходимо отметить случаи, когда совершенные убийства при всей нелепости их мотивации, прямо не вытекали из бредовых переживаний: так, один из больных, во время бытового конфликта «случайно» убив мать, совершил убийство и старого, беспомощного отца, так как тот «не смог бы жить один»; другой больной убил тяжело соматически страдающего члена семьи «из чувства жалости, чтобы облегчить его мучения».

Убийства и другие особо опасные агрессивные действия совершались и больными с преобладающей негативной симптоматикой, однако во всех этих случаях больные находились в состоянии алкогольного опьянения, и их агрессивные поступки возникали в условиях реальных бытовых конфликтов, в том числе и как ответ на оскорбления и рукоприкладство потерпевших. Такие же агрессивные действия, спровоцированные неблагоприятными микросоциальными условиями и алкогольными эксцессами, имели место и у больных при достаточно хороших ремисиях.

Менее опасные правонарушения, такие как мелкие кражи, бродяжничество совершались больными с резидуальными идеями преследования при выраженной дефицитарной симптоматике. Все эти больные по бредовым мотивам уходили из дома, и скрывались от преследователей, мигрируя по стране.

При относительно менее выраженных изменениях личности и в межприступный период больные с шубообразным течением процесса также нередко совершают правонарушения в виде краж, нарушения паспортных правил, тунеядства, бродяжничества и пр. Анализ причин и механизмов совершения таких общественно опасных действий показывает, что в их основе лежат не только болезненные изменения психики, но и преморбидно сформировавшиеся и сохраняющиеся на протяжении всего заболевания антисоциальные личностные установки, а также неблагоприятное микросоциальное окружение (алкоголизация в семье, влияние криминальных личностей) и ситуационные обстоятельства (отсутствие места жительства, реально тяжелое материальное положение). Многие из этих больных в результате миграции выпали из-под наблюдения ПНД, в других случаях медицинская и социальная помощь диспансера была явно недостаточной.

По сравнению с больными, диагноз шизофрении которым устанавливался задолго до совершения ООД, больные с первичной диагностикой этого заболевания в период судебнопсихиатрического освидетельствования представляют относи-

тельную редкость. Как правило, все эти больные характеризовались преморбидно положительными социально-личностными установками, правонарушения совершали впервые. Начало заболевания в среднем относится к 40 летнему возрасту. В клинической картине этих больных преобладают паранойяльные идеи изобретательства, реформаторства, величия. Однако наряду с этим отмечаются диффузная подозрительность, недоверчивость, мнительность, ипохондричность.

Анализ динамики развития заболевания и причин, способствующих совершению этими больными противоправных действий, показал, что отмеченные бредовые идеи при их развитии далеко не сразу приводили к резким изменениям жизненного стереотипа. Вначале эти идеи проявлялись или в отдельных высказываниях, или в новых, тщательно скрываемых от окружающих, занятиях (составление «проектов», проведение «экспериментов»). Постепенно усиливалась аутизация, утрачивались прежние контакты, больных начинали считать «странными чудаками». После выхода на пенсию они продолжали работать, но занимались малоквалифицированным трудом, вели обособленный образ жизни, ограниченный кругом своих близких родственников, стараясь все время уделять «разработке» своих идей. Общественно опасным действиям этих больных обычно предшествует длительная конфликтная ситуация, создавшаяся в результате того, что больные становятся объектом упреков, насмешек лиц микросоциального окружения, которые, не понимая, что имеют дело с психически больным, пытаются препятствовать их бредовым занятиям. Непосредственной причиной агрессии больных в таких случаях бывают как правило неправильные действия потерпевших. Так, один из больных 56 лет, по специальности переводчик с японского языка, но работающий вахтером, беспрерывно делал замечания соседям, что они мешают ему заниматься «научной работой». После очередного замечания соседу, последний оскорбил больного, оттолкнул его, в ответ на что тот облил соседа кипятком. При судебно-психиатрическом освидетельствовании, когда больному был впервые установлен диагноз шизофрении, выявился достаточно выраженный паранойяльный бред.

Среди больных с церебрально-органическими заболеваниями с известной долей условности можно выделить лиц с органическим поражением головного мозга сложного генеза, у которых имеет место тот или иной психопатологический симптомокомплекс, обусловленный различным сочетанием остаточных явлений перенесенных черепно-мозговых травм, нейроинфекций с церебрально-атеросклеротической или алко-

гольно-энцефалопатической симптоматикой, и больных, у которых психопатологическая картина имеет «чисто» сосудистое происхождение (гипертоническая болезнь, церебральный атеросклероз, остаточные явления перенесенного нарушения мозгового кровообращения). К группе больных с церебрально-органическими заболеваниями ,также с определенной долей условности) можно отнести относительно редко встречающиеся в судебно-психиатрической практике больных эпилепсией (позднее генуинной, травматической, симптоматической), так как по существу — это больные миксты с психопатологией, обусловленной не только эпилептической болезнью, но и органическим поражением головного мозга травматического, интоксикационного, сосудистого генеза.

Синдромологический анализ данного контингента больных показывает, что ко времени совершения противоправных действий и в период их реализации у больных обнаруживалось выраженное снижение уровня личности и умственной деятельности, достигающее степени деменции, паранойяльные и галлюцинаторно-бредовые синдромы и кратковременные психотические состояния с большим или меньшим расстройством сознания (в момент совершения общественно опасных действий).

В тех случаях, когда развитие органического поражения головного мозга является результатом действия полиэтиологических факторов, в анамнезе у этих больных отмечается после перенесенных черепно-мозговых травм, нейроинфекций наряду с церебрастеническими нарушениями различные расстройства аффективной сферы (неуравновешенность, повышенная раздражительность, ранимость, возбудимость, колебания настроения). В одних случаях эти явления постепенно подвергались редукции и отмечался период длительных ремиссий, в других — на протяжении жизни периодически наступали состояния декомпенсации указанных расстройств. В дальнейшем при воздействии дополнительных экзогенных (повторные черепно-мозговые травмы, алкоголизм, психогении) факторов, при присоединении церебрально-сосудистых, гемодинамических, обменно-атрофических и других собственно возрастных изменений постепенно происходят более стойкие и глубокие нарушения психической деятельности, сопровождающиеся характерологическими изменениями, интеллектуально-мнестическим снижением, сужением круга интересов, ослаблением психической активности, усилением эмоционально-волевых расстройств. Прогрессирующее развитие церебрально-органического процесса приводит к выраженному и стойкому интеллектуально-мнестическому снижению с утра-

той способности к целостному критическому осмысливанию своих действий, своего состояния и складывающейся ситуации. Подобные изменения психики формируются и у больных с «чисто» сосудистыми заболеваниями головного мозга (без сочетания или осложненности экзогенными факторами), однако начальные клинические проявления при этом чаще всего выступают в виде неврозоподобной, а не психопатоподобной симптоматики.

Клиническая картина наступившей деменции чаще всего характеризуется простым и психопатоподобным вариантами. При «простой» деменции на первый план в клинической картине выступают интеллектуальная несостоятельность (утрата способности к быстрому и четкому осмысливанию всего нового, тугоподвижность, непродуктивность мышления) с выраженным снижением мнестических функций, что особенно ярко проявляется в ситуациях, требующих умственного напряжения, оперативного принятия решения, актуализации прошлого опыта. Эмоционально-волевые нарушения больных выражаются в слабости побуждений, безынициативности, сочетании эгоцентричности, снижения синтонности и угасания эмоционального резонанса со склонностью к слабодушным реакциям при превалирующем в целом «безрадостным» настроении. У больных с психопатоподобным «оформлением» деменции наряду с интеллектуально-мнестическими расстройствами, характерными для больных с «простой» деменцией, имеет место доминирующее брюзжаще-ворчливое настроение, придирчивость к окружающим, конфликтность, легкость возникновения эксплозивно-гневливых реакций, завершающихся истероформными припадками.

Возможность возникновения и развития бредовых расстройств у больных в пожилом и старческом возрасте с церебрально-органической патологией трудно предвидеть. Каких-либо достаточно убедительных прогностических данных, которые можно было бы достоверно оценить как факторы риска развития бредовых состояний нет, хотя в анамнезе этих больных обращает на себя внимание относительная частота наследственной отягощенности психозами, преморбидная паранойяльность в пределах характерологической патологии, алкоголизм как клинически выраженное заболевание, пролонгированная психотравмирующая ситуация.

Бредовые интерпретации больных развиваются исподволь, перерастая из сверхценных идей, и вначале их трудно дифференцировать с такими возрастными характерологическими изменениями, как развитие эгоцентризма, скупости, ранимости, подозрительности, а также с психологически понятными

переживаниями, связанными с неблагоприятными ситуационными обстоятельствами — потерей лидирующей роли в семье, различные социально-бытовые трудности. Постепенное формирование сверхценных идей и их трансформация в последующем в паранойяльное и параноидные состояния обычно имеет стержневой фабулой идеи морального и материального ущерба и лишь дополняется идеями ревности, преследования, отравления. Бредовые идеи малосистематизированы, отличаются сугубой конкретностью, однообразием, незавершенностью, парциальностью и содержат элементы конфабуляций, криптомнезии и парамнезии. В фабуле бреда всегда фигурируют конкретные лица из ближайшего окружения больного, в адрес которых могут открыто высказываться угрозы. Следует подчеркнуть, что высказывания угроз убийством во всех случаях развития бредового состояния у больных с церебрально-органическими заболеваниями в пожилом и позднем возрастах заслуживают особого внимания, как реальный фактор риска совершения агрессивного действия. Необходимо отметить, что по мере нарастания интеллектуально-мнестического снижения бредовые построения редуцируются, распадаются, и на первый план в клинической картине выступают признаки отмеченных выше деменций — простой или психопатоподобной. В последних случаях у больных по мере распада бредового синдрома нарушения в аффективной сфере, проявляющиеся в основном возбудимыми, эксплозивно-возбудимыми и истеро-возбудимыми формами реагирования, нередко с кумуляцией аффекта, также нарастают плавно.

Наряду со стойкими и прогрессирующими бредовыми состояниями у больных в пожилом и старческом возрасте при развитии органического психосиндрома возможно возникновение острых психотических состояний под воздействием дополнительных патогенных факторов. Особенно часто кратковременные острые психотические состояния, совпадающие с моментом совершения противоправных действий, у больных с церебрально-органическими поражениями развиваются в результате алкогольной интоксикации и психотравм. Под влиянием массивной алкоголизации у больных после непродолжительного сна и неожиданного пробуждения могут возникнуть острые психотические состояния, выражающиеся в нарушении сознания, дезориентировке в окружающем, витальном страхе, слуховых галлюцинациях, зрительных иллюзорных обманах восприятия и сопровождающихся агрессией в отношении рядом находящихся лиц. Дальнейшее состояние больных после содеянного характеризуется отчуждением содеянного, отрывочными воспоминаниями о бредовых и галлюцинаторных пе-

реживаниях с последующим частичным критическим осмысливанием перенесенного состояния в период совершения противоправных действий как болезненного.

При декомпенсирующем воздействии пролонгированных психотравмирующих факторов изменения психики, ранее не достигавшие уровня деменции, у больных с церебрально-органическими заболеваниями могут усугубиться и на этом фоне возможно возникновение декомпенсаций, реактивных состояний и патологических аффективных реакций. Последние имеют наиболее существенное значение в судебно-психиатрической практике, так как в период этих состояний больные могут совершать тяжелые правонарушения, как правило, связанные с человеческими жертвами. Такие острые психотические состояния, возникающие как реакция на очередное психотравмирующее действие лица, которое являлось источником фонового состояния декомпенсации, напоминают реакции «короткого замыкания». По типу «последней капли» сверхсильное по личностной значимости психогенное воздействие приводит к внезапному возникновению витального страха и выраженной дезынтеграции психической деятельности с нарушением восприятия окружающего, неспособностью к интеллектуальному и волевому контролю поведения, а также с импульсивными, имеющими хаотичный характер, агрессивными действиями. Длительность этого острого психоза не превышает 1—2 минут. В дальнейшем развивается состояние, характеризующееся отрешенностью, некоторой адинамичностью, отчужденностью факта содеянного, отрывочностью воспоминания обстоятельств происшедшего. Постепенно появляется критика к сложившейся ситуации с отдельными правильными поступками.

К временным болезненным расстройствам психической деятельности, в период которых иногда совершаются ООД, относятся состояния нарушенного сознания различной глубины от обнубиляции, оглушенности до сопора, которые возникают у больных с органическими заболеваниями головного мозга с преобладанием церебрально-сосудистых, гемодинамических расстройств. Совершаемые ООД больными в таких состояниях ограничиваются дорожно-транспортными правонарушениями, когда больные управляют транспортными средствами. В случаях обнубиляции происходит как бы затемнение ясности сознания, кратковременное помрачение. Больные не сразу реагируют на окружающую ситуацию, как бы с запозданием предпринимают соответствующие двигательные акты, что в некоторых случаях приводит к совершению аварии.

Перед наступлением состояния оглушения или сопорозного состояния больные обычно испытывают резкие головные

боли (прострел в затылке, удар в голову и др.), головокружение с болью в глазах и ухудшение зрения. Дальнейшие события амнезируются. Внешне больные в эти периоды теряют контакт, не реагируют на вопросы, эмоционально безучастны ко всему происходящему, двигательно заторможены, не предпринимают мер для предотвращения аварийной ситуации, а сразу после аварии не реагируют на происходящее и окружающих. Однако иногда возможен спонтанный выход из такого состояния с возвращением очень вялой реакции на внешнюю обстановку, но полного осмысливания того, что происходит вокруг не наступает.

Трудности судебно-психиатрического освидетельствования в таких случаях связаны с дифференциацией, с одной стороны, реально возможной у больных с преходящими гемодинамическими нарушениями истинной полной или частичной амнезией как предшествующей ООД, так и возникающей после содеянного в результате травмы головного мозга во время аварии, а с другой стороны, — защитно-установочными ссылками на амнезию этого же периода времени. В этих случаях решается вопрос, явилось ли причиной аварии или наезда динамическое расстройство мозгового кровообращения, или же дорожно-транспортное происшествие было обусловлено другими факторами, непосредственно не относящимися к церебрально-органическому процессу. Полнота и правильность ретроспективного восстановления особенностей психического состояния в момент инкриминируемого деяния во многом зависит от наличия и характера свидетельских показаний, установления нозологической формы заболевания.

Клинико-психопатологический анализ состояния больных в период совершения противоправных действий и во время судебно-психиатрического освидетельствования показывает, что, если у больных с бредовыми и дементными синдромами существенной динамики в психическом состоянии не наступает, то у больных, совершивших общественно опасное деяние в результате временного болезненного расстройства психической деятельности, каких-либо остаточных явлений после перенесенного острого психоза не наблюдается. Обычно эти больные, после привлечения к уголовной ответственности, ведут себя адекватно, дают необходимые показания, а в период проведения судебно-психиатрической экспертизы, несмотря на церебрально-органические психические нарушения, достаточно критически оценивают ситуацию, понимают противоправность и наказуемость содеянного. Все это подтверждает временный болезненный характер психических расстройств в период совершения противоправных действий и позволяет

рассматривать уровень имеющегося психического снижения, наблюдающийся во время экспертизы, как недостигающий степени деменции. Однако нередко действие психотравмирующих факторов после совершения общественно опасного действия (переживание содеянного, судебно-следственная ситуация, негативная оценка своего будущего) приводит к развитию различной глубины депрессий, состояний декомпенсации или истинно психотических расстройств психореактивного генеза (в последних случаях больные нуждались в направлении на принудительное лечение согласно ч. 2 ст. 11 УК РСФСР).

Изменения психики больных эпилепсией в позднем возрасте по клинической картине становятся довольно сходными с психопатологическими расстройствами, характерными для церебрально-органических заболеваний этого периода. В сомато-неврологическом состоянии отмечаются характерные признаки для сердечно-сосудистых заболеваний (общий и церебральный атеросклероз, гипертония), а также признаки преждевременного одряхления, старения. Сочетание сосудистых, возрастных и других факторов свидетельствует о сложном генезе органического поражения головного мозга у больных эпилепсией в позднем возрасте. В клинической картине у этих больных отмечается тенденция к урежению припадков, на первый план выступают церебрастенические явления с нарастанием мнестических расстройств и нарушением критических способностей, периоды дисфории приобретают оттенок депрессивности, ипохондричности. Иногда, чаще в вечернее и ночное время, отмечаются периодические состояния оглушенности с дезориентировкой, суетливостью, появляется эмоциональная лабильность, слабодушие. У некоторых больных на этом фоне возникают характерные для психозов позднего возраста бредовые состояния, содержание которых — мелкомасштабные идеи ущерба, отравления, преследования, ревности. В фабулу бреда всегда включаются лица ближайшего окружения. В отдельных редких случаях психотические состояния с характерной пресенильной симптоматикой развиваются остро, сопровождаются злобным напряженным аффектом, носят преходящий характер. В эти периоды больные представляют реальную опасность в плане совершения агрессивных действий в отношении лиц включенных в фабулу бреда. Общественно опасные действия больных эпилепсией могут быть обусловлены не только такими бредовыми состояниями, но также и расстройствами аффекта по типу дисфорий, особенно в состоянии алкогольного опьянения. У больных эпилепсией при наступлении изменений психики, достигающих

слабоумия, неблагоприятная микросоциальная ситуация, алкоголизация, отсутствие опекунов, родственников, слабый контроль ПНД повышает риск возникновения опасного поведения больных. Вместе с тем совершение общественно опасных действий при конечных эпилептических состояниях (вязко-апатическое слабоумие по В. М. Морозову, 1967) представляет исключительную редкость.

Анализ общественно опасных действий, совершаемых психически больными старше 50 лет и меры их профилактики

Агрессивные действия, совершаемые психически больными позднего возраста, представляют большую опасность, особенно в отношении лиц ближайшего окружения (больше половины потерпевших оказываются членами семьи). В 2/3 случаях опасные действия выражаются в нанесении телесных повреждений, в угрозах и попытках убийства, в убийствах, что квалифицируется судебно-следственными органами как преступления против жизни и здоровья или как хулиганские действия. В подавляющем числе случаев больные ранее к уголовной ответственности не привлекались и указанные правонарушения совершаются ими впервые. Довольно часто преморбидно многие из этих больных отличаются положительными морально-этическими и социально-личностными установками. Наряду с этим больные, которые совершают такие правонарушения как хищения, бродяжничество, нарушение паспортных правил отличаются тем, что и в прошлом у них имели место привлечения к уголовной ответственности за различные правонарушения, чаще всего кражи, хулиганство, тунеядство. Важно отметить, что в 80% случаев все противоправные действия совершаются больными в состоянии алкогольного опьянения.

Среди больных шизофренией, совершающих общественно опасные деяния в позднем возрасте, не зависимо от формы течения заболевания, доминируют лица с бредовыми, галлюцинаторно-бредовыми и паранойяльными синдромами. Гораздо реже общественно опасные действия совершаются больными шизофренией в состоянии ремиссии, при этом, чем больше выраженность дефекта (особенно при развитии апатико-абулического синдрома), тем меньше риск социально опасного поведения. У больных церебрально-органическими заболеваниями, наоборот, в период совершения общественно опасного деяния в целом преобладают состояния без продуктивной психотической симптоматики.

Анализ причин и механизмов, а также характера совершенных больными общественно опасных действий показывает, что они далеко не всегда являются прямым следствием психического заболевания. Если одни правонарушения больных шизофренией, такие как агрессия в отношении лиц, включенных в фабулу бреда, исходят из прямой бредовой мотивации (такая же каузальная связь имеется и в случаях нарушения паспортных правил при персекуторном бреде), то совершение других общественно опасных действий в большей степени обусловливается неблагоприятными микросоциальными обстоятельствами, алкоголизацией больных и сохранившейся преморбидно сформировавшейся антисоциальной личностной ориентированностью (убийства, хулиганские действия в реально конфликтных ситуациях, совершенные паранойяльными больными вне связи с бредовой фабулой, вовлечение антисоциальными личностями больных в состоянии ремиссии в групповые хищения и пр.).

Помимо бредовой мотивации в основе ООД агрессивного характера у больных с церебрально-органическими поражениями особо часто лежат различные нарушения межличностных отношений в микросреде. Это с одной стороны, обусловливается наступившими в результате болезни изменениями психики с развитием аффективных расстройств, интеллектуально-мнестическим снижением с формированием дементных синдромов. С другой стороны — неблагоприятная микросоциальная обстановка создается и самими лицами из ближайшего окружения больного, непонимание здоровых членов семьи, что перед ними больной человек, к которому требуется особый подход, злоупотребление алкоголем в семье и асоциальное поведение некоторых родственников, реальные посягательства на материальное обеспечение больного, и пр. Все это приводит к созданию «порочного круга» с возникновением частых конфликтных ситуаций во время которых больными совершаются тяжелые агрессивные действия. Алкоголизация же самих больных усугубляла и учащала конфликтные отношения в микросреде и облегчала реализацию агрессивных действий.

В основе мотивации и других причинных факторов совершения больными с церебрально-органическими заболеваниями общественно опасных действий, не связанных с агрессией, лежат как сохранившиеся преморбидно сформированные отрицательные социально-личностные установки, так и нарастающая социально-бытовая дезадаптация, обусловленная наступившим слабоумием. Однако и в этих случаях большую роль играет микросоциальное окружение больного, особенно

влияние антисоциальных лиц, вовлекающих больных в пьянство, подстрекательство к совершению краж и т. д.

Анализ повторных общественно опасных действий, совершаемых больными позднего возраста, показывает, что в случаях шизофрении у одних больных имеет место во время повторных ООД психотическое состояние и общественно опасное деяние непосредственно вытекает из психопатологической фабулы. В период предшествующего лечения не был учтен злокачественный тип течения заболевания, наступившие ремиссии были медикаментозными, сопровождались диссимуляцией. Прекращение поддерживающей терапии в домашних условиях, недостаточный контроль за психическим состоянием больных со стороны диспансера приводит к тому, что наступившее обострение психотического состояния с персекуторной бредовой фабулой, становится причиной повторных общественно опасных действий.

Совершение повторных общественно опасных действий больными шизофренией с дефицитарной симптоматикой, как правило, связано с алкоголизацией как самого больного, так и членов его семьи. Так, нередко агрессивные действия больных возникают в ситуациях, когда родственники больных пытаются воспрепятствовать их алкоголизации. Особенно высок риск повторного ООД, когда алкоголизм процветает в семье больных, алкогольные напитки распиваются на глазах больного, однако им в грубой форме заявляют, что «сумасшедшим пить нельзя» и при этом унижают их достоинство. Также опасны ситуации, когда родственники, не понимая необходимости воздержания больного от спиртных напитков, устраивают совместные алкогольные эксцессы.

У некоторых больных шизофренией после выписки из больницы и перед повторным ООД состояние характеризуется ремиссией с неглубокими изменениями личности, однако еще до совершения предшествующего общественно опасного деяния эти больные обнаруживали выраженную социальную дезадаптированность. У них не было семьи, постоянного места жительства, из-за предыдущих многократных судимостей у них не было квалификации и достаточного трудового стажа для оформления инвалидности. Все эти больные после выписки по существу были предоставлены сами себе, не находились под наблюдением диспансера, не получали необходимой поддерживающей терапии. Повторные ООД этих больных — нарушение паспортных правил, бродяжничество, мелкие кражи.

В случаях повторных общественно опасных действий у больных с бредовыми и дементными синдромами, в резуль-

тате органического поражения головного мозга, повторные опасные действия бывают связаны с рецидивами бредового состояния (бред ущерба, отравления). Однако основными причинами рецидива ООД являются те неблагоприятные условия микросреде, в которую больные возвращаются после принудительного лечения. В этих случаях опекуны по существу своих обязанностей не выполняют, к больным у них негативное отношение, иногда им прямо говорят, что они являются обузой для семьи, родственники по своему усмотрению используют материальные средства, накопленные больными за годы трудовой жизни. Все это является причинами постоянной конфликтной ситуации, напряженности, которая усиливается не только и нестолько в результате трудностей в поведении больного, сколько в результате явно неправильного отношения к ним со стороны лиц непосредственного бытового окружения. Нередко на высоте этих конфликтных ситуаций, сопровождающихся унижением достоинства больных, ущемлением их реальных интересов, вспыхивают драки, во время которых больные совершают общественно опасные действия. Помимо этого при неблагоприятных социально-бытовых условиях больные иногда уходят из дома и оказавшись без необходимой помощи совершают повторные общественно опасные действия в виде краж, тунеядства и нарушений паспортного режима.

Таким образом, анализ как первичных, так и повторных общественно опасных действий показал, что причины опасного поведения психически больных старше 50 лет, в целом как для больных шизофренией, так и с органическими поражениями головного мозга, оказываются весьма сходными и имеющиеся нозологические особенности отражают не столько качественные, сколько количественные различия в частоте встречаемости тех или иных ООД. В генезе повторных общественно опасных действий играют роль не только рецидивы психотических состояний, но и недостаточное внимание или явное непонимание со стороны родственников, опекунов особенностей ухода и наблюдения за больными, а также недостаточный контроль со стороны ПНД.

Изложенные клинико-синдромальные особенности контингента психически больных старше 50 лет, совершающих общественно опасные деяния, а также анализ социально-бытовых условий, каузально связанных с совершением последних, позволяют основные причины общественно опасных действий разделить на:

1). Непосредственно связанные со стабилизировавшимися психопатологическими состояниями больных:

а) с продуктивной психопатологической симптоматикой:

б) с дефицитарной симптоматикой.

2). Непосредственно связанные с остро возникающими психотическими состояниями.

3) Обусловленные сочетанием психопатологической симптоматики и неблагоприятными факторами социально-психологического характера.

4) Обусловленные неблагоприятными факторами социально-бытового характера, которые лишают больных необходимой им социальной и медицинской помощи, а иногда и провоцируют на опасные поступки.

Таким образом, в основе общественно опасного поведения психически больных 50 лет и старше лежат гетерогенные механизмы, которые обусловливают проведение комплексных мероприятий по профилактике общественно опасных действий. Естественно, что эта профилактика, несмотря на сходство в причинах и механизмах ООД у больных шизофренией и органическими заболеваниями головного мозга имеет различия. Однако эти различия больше обусловлены иными патокинетическими особенностями данных групп заболеваний, а не собственно психопатологическими синдромами.

Как отмечалось в отношении большинства больных шизофренией факт этого заболевания был уже установлен, больные неоднократно стационировались и получали необходимое лечение. Внешне упорядоченное поведение на фоне стабилизировавшейся психопатологической симптоматики и поддерживающей терапии позволяет в данных случаях больным удерживаться в домашних условиях. Профилактикой ООД в этих случаях является экстренная госпитализация больных, если устанавливается, что бредовые идеи персекуторного содержания в отношении конкретного лица актуализируются и в отдельных высказываниях больного звучат угрозы агрессивных действий. Такая же экстренная госпитализация для профилактики ООД необходима в тех случаях, когда на фоне достаточно устойчивой ремиссии развивается очередное психотическое состояние.

Учитывая, что в случаях шизофрении с неблагоприятным типом течения ремиссии без постоянной поддерживающей терапии являются неустойчивыми, необходимо, чтобы не только больные были под постоянным наблюдением диспансера, но и чтобы их близкие, особенно опекуны, знали о тех признаках, которые свидетельствуют о возможности ухудшения состояния больных и своевременно сообщали об этом в диспансер. Необходимо, чтобы лица, ухаживающие за больными в домашних условиях, были достаточно полно проинструкти-

рованы не только об особенностях ухода за ними, но и о препаратах и дозах поддерживающей терапии.

Не требующим пояснения является положение о необходимости экстренной госпитализации в целях профилактики первичного ООД как у больных шизофренией, так и органическими заболеваниями головного мозга, если у них впервые выявляются бредовые идеи персекуторного содержания. Что касается больных, у которых имеют место выраженные явления шизофренического дефекта или органического слабоумия, то и здесь в профилактике общественно опасных действий основное место следует уделять диспансерной службе, которая должна обеспечить индивидуальную тактику наблюдения и лечения больных. В домашних условиях должно быть обеспечено достаточно грамотное и одновременно щадящее отношение к больным, без излишних регламентаций, но и с учетом возможности явного неправильного поведения с опасными поступками. Особенно тщательно необходимо предотвращать алкогольные эксцессы.

В противоположность больным шизофренией, большинство больных органическим поражением головного мозга выявляется только после совершения общественно опасного деяния, что свидетельствует о чрезвычайной важности своевременного выявления этих больных. При организуемой в настоящее время сплошной диспансеризации населения большая роль в выявлении среди пожилых и престарелых лиц больных с признаками слабоумия должна принадлежать врачам-интернистам, проводящих эту диспансеризацию. Направление этих больных на дальнейшую консультацию к врачам психиатрам может выявить тех из них, которые по своему состоянию являются потенциально опасными.

Реальную трудность в осуществлении профилактики общественно опасных действий представляют больные, противоправные действия которых исходят не столько от психического дефекта, сколько от внеклинических факторов (неблагоприятные микросоциальные условия, отсутствие необходимой медицинской и социальной помощи, невозможность в реально имеющихся бытовых условиях организовать за больными правильный уход). К этой же группе принадлежат престарелые, беспомощные, одинокие больные, не имеющие постоянного места жительства. Первым звеном профилактики опасных действий этих престарелых и по существу беспомощных больных является их полное выявление и учет. Больные, психическая беспомощность которых уже была верифицирована стационарным наблюдением, должны особенно тщательно наблюдаться диспансером, в случаях их «потери», вы-

хода из-под наблюдения диспансера, должны предприниматься активные меры с привлечением работников МВД по их возврату под контроль психиатрической службы. Выявлению этих больных должна способствовать уже упоминавшаяся сплошная диспансеризация населения. Психоневрологические диспансеры должны предпринимать меры для коррекции неблагоприятных микросоциальных условий.

В тех случаях, когда неблагоприятные микросоциальные условия представляют главный фактор риска возможности совершения общественно опасных действий больными, последних необходимо, по рекомендации психоневрологических диспансеров, переводить к другим опекунам. Если такой возможности нет, то больным необходимо оформление в психоневрологические интернаты.

Одним из важных условий в профилактике повторных общественно опасных действий душевнобольных является правильный выбор мер медицинского характера. Необходимо учитывать, что в генезе ООД психически больных помимо психопатологической мотивации или фактической социальной дезадаптированности, связанной со слабоумием, существенную роль могут играть сохранившиеся преморбидно негативные социально-личностные установки и неблагоприятные микросоциальные условия жизни больных. Правильный анализ в период проведения судебно-психиатрической экспертизы причин и механизмов совершения ООД способствует более точному прогнозированию степени социальной опасности больного, что должно быть основой выбора мер медицинского характера. Судебно-психиатрическая практика показывает, что даже особо опасное деяние, обусловленное явно болезненным состоянием психики, может быть совершено больными, фактически не представляющими в прогностическом плане социальной опасности (например, при совершении дорожно-транспортного правонарушения во время возникшего в результате нарушения мозгового кровообращения расстройства сознания. После лишения больного водительских прав повторное ООД в таких случаях исключается) и ему не обязательно определение принудительных мер медицинского характера. С другой стороны, когда в период судебно-психиатрической экспертизы, проводимой в связи с делом о хулиганстве больного (например, в виде оскорбления потерпевшего), у него выявляется к последнему явно бредовое отношение, которое может обусловить тяжелую агрессию, то такого больного следует направлять на принудительное лечение в психиатрическую больницу специального типа, несмотря на незначительную тяжесть совершенного ООД.

При проведении принудительного лечения (в том числе и поэтапного после помещения больных в психиатрические больницы специального типа) к больным 50 лет и старше, совершившим ООД и признанным невменяемыми, требуется особый подход. Речь идет не только о том, что соматическое состояние больных в пожилом возрасте часто не позволяет применять активные меры терапии, что малая эффективность от ранее многократно проведенных курсов лечения (в случаях длительного шизофренического процесса) или фактическая некурабельность дементных больных во многом ухудшает прогноз улучшения их состояния в результате применения психофармакологических средств. Помимо этого к данным больным по существу не могут быть применены и обычные (для больных более молодого возраста) способы социальной реадаптации в силу неспособности их к обучению, к трудовой переориентации, а также интактности к попыткам внести какую-либо коррекцию в неправильно сложившиеся семейные отношения. Кроме того, учитывая отмеченную выше связь многих опасных действий больных с неблагоприятными микросоциальными условиями, с фактическим отсутствием лиц, которые обеспечивали бы больным реальную помощь — вопросы прекращения принудительного лечения и профилактики повторных ООД являются в отношении пожилых больных очень острыми.

С целью профилактики рецидивов опасного поведения больных еще в период проведения принудительного лечения перед подготовкой к выписке врачами больницы должна устанавливаться связь с районными психоневрологическими диспансерами, для выяснения лиц, которые могли бы реально выполнять функции опекунов, а также для установления характера тех социально-бытовых условий в которых больной окажется после выписки. Кроме того, еще до выписки больного врачами стационара должны проводиться целенаправленная работа с родственниками и лицами ближайшего окружения больного с целью разъяснения им особенностей заболевания в плане ухода и контроля за больным, а также необходимости поддерживать активный контакт с районным психоневрологическим диспансером.

Особая роль в профилактике повторных ООД принадлежит психоневрологическому диспансеру. Внимание участкового психиатра не может ограничиться только непосредственно организацией и проведением лечебной работы. Больные в пожилом и старческих возрастах теряют социальную активность, их социальные контакты ограничиваются средой бытового окружения, у них обострена забота о своем матери-

альном благополучии, о существовании в старости. Это не только делает их особенно чувствительными к характеру микроклимата, но и формирует сверхценное отношение к своему бытовому положению, а также трансформирует фабулу бредовых и депрессивных переживаний в сторону ущерба своих имущественных и моральных интересов. Все это должно актуализировать внимание психиатров к особенностям микросоциальных условий жизни больного, поскольку эти особенности для больных данного возрастного контингента являются особо важными факторами, способствующими или сдерживающими возможность их опасного поведения.

Главный психиатр

А. А. Чуркин

Л-82066 от 6.02.1986 г. Зак. 314. Тир. 1000.

Типография Министерства здравоохранения СССР